

부모/보호자 용 Medicaid /SCHIP 통보문의 전형적인 문안

부모님/보호자께,

건강 보험이 있는 아동들은 예방 차원에서는 물론 병에 걸렸을 때에도 보건 의료 혜택을 더 잘 받을 수 있습니다. 그래서 병으로 인한 결석이 줄어들고, 공부도 더 열심히 할 수 있게 됩니다. 자녀들을 위한 건강 보험이 없으십니까? 그렇다면, 이것을 아셔야 합니다. 즉, 탁아소나 학교에서 무료 급식이나 할인 급식을 받는 가정들은 건강 보험 혜택도 무료 또는 저렴한 비용에 받을 수 있는 경우가 많다는 것입니다. 하지만, 그러한 건강 보험 프로그램이 있다는 사실을 아는 분들이 별로 없습니다.

무료 또는 할인 급식을 받는 수혜자들이 제공한 신청자격 정보는 메디케이드(Medicaid) 의료보험 담당 부처나 주 아동 건강 보험 프로그램(SCHIP)과 공유할 수 있게 되었습니다. 최근 법 개정에 따라 그것이 가능하게 된 것입니다. 다만, Medicaid와 SCHIP가 그러한 정보를 사용하는 용도가 제한되어 있습니다. 즉, 무료 또는 저렴한 건강 보험을 신청할 자격이 있는 아동들을 과악하여 그들을 Medicaid나 SCHIP에 등록하기 위한 용도로만 사용할 수 있습니다. 따라서, 탁아소나 학교에서의 무료 또는 할인 급식 신청서에 있는 정보를 다른 어떤 목적으로는 사용할 수 없습니다. 아울러, Medicaid나 SCHIP 직원은 더 자세한 정보를 얻기 위해 연락을 드릴 수도 있습니다.

자녀분들을 위한 무료 또는 할인 급식 신청서에 있는 정보를 Medicaid나 SCHIP에도 보낼 수 있도록 반드시 허락 하셔야 하는 것은 아닙니다. 허락해주시지 않더라도 자녀분이 탁아소나 학교에서 무료 또는 할인 급식을 받을 수 있는 자격에는 아무런 영향을 미치지 않습니다. 만약 그러한 정보를 Medicaid나 SCHIP에 보내고 싶지 않으시면, 저희에게 반드시 알려 주셔야만 합니다. 자녀의 무료 또는 할인 급식 혜택 자격 정보를 메디케어나 SCHIP에 보내고 싶지 않으시면, 아래의 양식을 작성하셔서 _____ 까지
자녀분의 탁아소나 학교에 보내십시오. 더 자세한 설명을 원하시면, _____에
로 전화 하십시오.

탁아소나 학교 관계자들이 무료 및 할인 급식용 신청서 상의 정보를 Medicaid나 SCHIP주 아동 건강 보험 프로그램에 보내는 것을 원치 않습니다.

자녀 성명 _____ 학교 _____
자녀 성명 _____ 학교 _____
자녀 성명 _____ 학교 _____

부모/보호자
서명 _____ 날짜 _____

성명 기재 _____
주소 _____
